

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 110

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CRITIQUE
DU DRAINAGE AU "MICKULICZ"

DANS

l'Appendicite suppurée et les Abscesses péri-appendiculaires

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Avril 1930

PAR

Jean NICOLAS

Né à VANNES (Morbihan), le 28 Décembre 1903

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
	BÉGOUIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
	PAPIN, agrégé	
	LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 110

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CRITIQUE
DU DRAINAGE AU "MICKULICZ"

DANS

l'Appendicite suppurée et les Abscesses péri-appendiculaires

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Avril 1930

PAR

Jean NICOLAS

Né à VANNES (Morbihan), le 28 Décembre 1903

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		BÉGOUIN, professeur	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale ..	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants ...	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale ...	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires ...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ...	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie).

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie	LACOSTE.		PAPIN.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale	JEANNENEY
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		CHARRIER.
			LOUBAT.
	{ CREYX.	Obstétrique.....	{ PÉRY.
	{ N.		{ N.
Médecine générale.....	{ AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
	{ DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie...	JOULIA.
	{ PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLEMENTAIRES

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	N.
Accouchements.....	PÉRY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....		GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection.

A MON PÈRE

*À qui je dois tout, modeste hommage
de ma reconnaissance infinie.*

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MON ONCLE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES AMIS ET COMPAGNONS D'ÉTUDES
DAVID ET LE LOSTEC

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE RENNES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MON JURY DE THÈSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Hommages respectueux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Nous profitons de ce modeste travail pour adresser nos plus vifs et nos plus sincères remerciements à ceux qui, pendant quatre années à Rennes et un an à Bordeaux, nous ont prodigué leur science avec zèle et bienveillance.

Nos remerciements iront d'abord à M. le Professeur J. GUYOT, qui nous a si aimablement accueilli à notre arrivée à Bordeaux et a bien voulu nous indiquer le sujet de cette thèse, dont il préside aujourd'hui la soutenance.

Merci à MM. les Docteurs QUERCY et SIZARET, Médecins des Asilés, dont pendant deux ans nous fûmes l'interne.

Merci aussi au Médecin Commandant MODOT, Chirurgien des Hôpitaux Militaires, dont pendant notre service militaire nous fûmes l'assistant à l'Hôpital de campagne de Casablanca. Il fut pour nous un chef bienveillant et ses enseignements nous seront toujours d'une grande utilité pratique.

Merci enfin à tous nos Maîtres de l'École de Médecine de Rennes et de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Que tous trouvent ici, avec nos sincères remerciements, l'expression de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Très en faveur dans les débuts de la chirurgie, déjà laissé un peu de côté au moment de la découverte de la péritonisation, le drainage a vu son rôle se réduire encore davantage avec la chirurgie aseptique telle que nous la pratiquons de nos jours. Beaucoup de chirurgiens, en effet, confiant dans le rôle de défense, rôle réel et effectif du péritoine, ne drainent plus après des interventions septiques dans la cavité abdominale. C'est ainsi que le Professeur OMBREDANNE, dans un rapport sur l'appendicite aiguë présenté en 1920 à la Société de Chirurgie, préconise la fermeture sans drainage, appliquant la formule « l'appendice est tout, le péritoine n'est rien ».

Certes, s'il est une intervention ou *l'ablata causa tollitur effectus* des anciens trouve son application, c'est bien dans l'appendicectomie et dans la majorité des cas on enregistre un succès opératoire. Cependant il est des cas, et ils ne sont pas rares, où, même l'appendice enlevé, on se rend compte que le péritoine ne se défendra pas tout seul et qu'il faudra l'aider. Il faut encore et surtout l'aider lorsque l'ablation de l'appendice n'a pu être effectuée. Dans ces cas, dont le chirurgien est seul juge, le drainage retrouve donc toute sa valeur utilitaire et il faut l'employer systématiquement car bien souvent il sera le facteur essentiel de la guérison.

Conseillé par M. le Professeur GUYOT, nous avons décidé de consacrer notre thèse à l'étude critique du drainage à la Mickulicz dans l'appendicite suppurée et les abcès appendiculaires.

Après un rapide historique du drainage capillaire en chirurgie, nous étudierons successivement la constitution du Mickulicz, son rôle et les reproches qui lui sont adressés, puis nous poserons des conclusions basées sur nos observations.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CRITIQUE
DU DRAINAGE AU "MICKULICZ"

DANS

l'Appendicite suppurée et les Absès péri-appendiculaires

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Il nous faudrait remonter bien loin dans l'histoire de la chirurgie avant de trouver le premier drain, et ce serait sortir de notre sujet que de vouloir faire, ici, un historique complet du drainage en chirurgie. Nous passerons sous silence les multiples méthodes, tour à tour préconisées et oubliées et nous n'indiquerons que pour mémoire la méthode du drain rigide dont Kœberlé fut, avec son drain en verre à trous, le promoteur, vers 1867. La méthode du drainage capillaire, auquel se rattache le Mickulicz, retiendra tout particulièrement notre attention.

Bien avant Mickulicz, on avait songé à utiliser la force de capillarité de la gaze, dans le drainage en chirurgie. Le premier en date, Ambroise Paré, le père de la chirurgie française décrit, en plusieurs passages de ses œuvres, un mode de pansement auquel il donne le nom de « tente ». Ce pansement est formé essentiellement d'une grande compresse, dans laquelle il en met plusieurs petites, ce qui lui donne une grande analogie avec le Mickulicz. D'autre part, en 1817, Dupuytren avait conseillé un pansement similaire pour lutter contre certaines hémorragies. Toutefois, c'est à Hégar, chirurgien

allemand, qu'on attribue l'honneur d'avoir, le premier, pensé à utiliser la force aspiratrice d'une substance légère et poreuse. « Hégar, nous dit Pozzi, se servait de tubes de verre ou de gomme durcie, de trois à cinq centimètres de largeur sur dix-huit centimètres de longueur, qu'il introduisait, soit par la plaie abdominale, soit par le vagin, dans le cul-de-sac de Douglas. Il les remplissait, dans ses premiers essais, de ouate phéniquée à laquelle il substitua, plus tard, de la gaze iodoformée, qu'il renouvelait, le premier jour, toutes les heures, puis toutes les deux heures, puis toutes les quatre heures. » (Pozzi, *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 29 février 1888.)

Par la suite, Kehrer préconise le remplacement de la gaze iodoformée par du coton stérilisé d'abord, au moyen de différents antiseptiques, puis, plus tard, par le procédé plus moderne de l'autoclave.

La gaze employée en second lieu par Hégar, abandonnée par Kehrer, est à nouveau reprise par Kocher et Bermann et, peu à peu, le tamponnement des plaies par la gaze, supprime le tamponnement par le coton.

C'est alors, en 1886, que Mickulicz systématise ce mode de drainage et crée le tampon-drain qui porte son nom.

Pozzi, en France, Feuger, en Amérique, accueillent cette méthode avec empressement et s'en font, dans leurs pays respectifs, les vulgarisateurs, en même temps que les défenseurs acharnés.

CHAPITRE II

De la constitution du “ Mickulicz ”

Mickulicz décrit ainsi son tampon-drain : « Je prends, dit-il, un morceau de gaze iodoformée de la dimension d'un grand mouchoir. Au milieu de celui-ci est solidement cousu un bon fil de soie. La partie intra-abdominale de l'opération étant terminée, on dispose le morceau de gaze en forme de blague à tabac, de façon que le fil soit en dedans, son extrémité fixe correspondant au fond et son extrémité libre sortant au dehors. On enfonce cette bourse, avec une pince, jusqu'au fond du bassin. Puis, on remplit la bourse avec de longues bandes de gaze, de façon que ses parois soient partout en contact avec la plaie. Le fil fixé au fond de la bourse sert à l'enlever en la retournant. »

Le professeur J.-L. Faure, l'ardent défenseur de ce tampon-drain, y a apporté certaines modifications et voici le Mickulicz tel qu'il est conçu à l'heure actuelle.

Il comprend :

1° Une pièce de gaze, formant sac, taillée en rond de 55 centimètres, autour de laquelle est fixé un gros fil de soie;

2° Six mèches de gaze de 2 m. 25 de long et 0 m. 05 de large;

3° Quatre compresses de 1 mètre sur 0 m. 60 repliées et cousues de manière à former des lanières de 1 mètre sur 0 m. 05, terminées en biseau à une extrémité et numérotées à l'autre de 1 à 4, à l'aide d'un fil comprenant un nombre de nœuds en rapport avec le numéro de la compresse.

En outre, la gaze iodoformée, que l'on incriminait de déterminer de l'intoxication iodoformée, a été remplacée par de la gaze naturelle, stérilisée à l'autoclave. Ainsi se trouve détruite une des premières objections formulées contre le Mickulicz. Le professeur J.-L. Faure conseille aussi d'imbiber les mèches de vaseline blanche stérilisée fondue à la chaleur de l'autoclave, qui faciliterait et rendrait moins pénible l'enlèvement du sac. Mais, ne s'opposerait-il pas, de par sa nature même, à l'action capillaire du drain? N'ayant jamais vu employer de Mickulicz gras, nous ne pouvons discuter ce point de technique. L'addition de vaseline nous semble cependant une complication inutile.

C'est là la description du Mickulicz tel qu'il est employé dans le Werthein. Il est évident qu'un Mickulicz de cette dimension trouverait difficilement place dans une plaie opératoire d'appendicectomie. Il suffira, pour rendre son application aisée, d'y apporter quelques modification dans sa forme, modifications portant sur la grandeur du sac, sur la longueur et le nombre des mèches.

CHAPITRE III

Du rôle du Mickulicz.

La bourse, garnie de ses compresses, a un triple rôle : drainer, transformer et exclure, c'est-à-dire, faire l'hémostase et parer aux risques d'infection.

Tous les praticiens connaissent l'utilité et, partant, les avantages, du simple pansement compressif pour arrêter certaines hémorragies dues à des lésions d'artérioles, dont le petit calibre rend la ligature presque impossible. Ce sera là le premier rôle du Mickulicz qui, sorte de pansement compressif, lutte contre les hémorragies.

En effet, bien qu'actuellement tous les chirurgiens visent à faire une hémostase parfaite et méthodique, il est des cas, cependant, où cette hémostase est particulièrement difficile à réaliser et même impossible. Dans ces cas, il faut avoir recours au Mickulicz qui permet de lutter avec succès contre ces hémorragies en nappe dont l'arrêt évite bien des complications postopératoires.

Le second rôle du Mickulicz est un rôle préventif contre les infections secondaires. Ce rôle, il le remplit de deux façons. D'abord, corps étranger en contact avec le péritoine, il favorise le développement rapide de solides adhérences qui forment une barrière entre les anses intestinales et la région infectée, s'opposant, par le fait même, à la diffusion de l'infection. C'est au sac que revient l'honneur de jouer ce rôle. Ensuite, grâce aux mèches contenues dans le sac, il draine, par capillarité, le foyer d'infection et le drainage s'effectuera d'autant mieux que l'on aura

pris soin d'enlever les mèches souillées et de les remplacer par d'autres mèches possédant, intact, leur pouvoir d'absorption. C'est le drainage qui est, pour Condamin, le principal rôle du Mickulicz. Villard (de Lyon), lui refuse ce rôle car, dit-il : « S'il arrête le sang, il retient le pus » et, il ajoute : « Que l'action heureuse du Mickulicz est due au cloisonnement qu'il favorise par formation d'adhérences et à l'apport d'oxygène au contact des germes anaérobies de provenance intestinale. »

Avec Villard, la majorité des chirurgiens accordent au Mickulicz un grand pouvoir hémostatique, mais ils lui refusent tout autre avantage, en même temps qu'ils lui adressent de nombreux reproches dont nous ne retiendrons que les principaux. L'examen de ces reproches et leur réfutation fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV

Des reproches adressés au Mickulicz et de leur réfutation.

Tout d'abord, on a reproché au Mickulicz de déterminer l'infection tardive de la cavité abdominale, par la création de diverticules clos où les sécrétions stagnent et se putréfient. Or, une expérience faite par Boxer et Novak, et qui consiste à placer l'extrémité d'une mèche de coton dans un tube renfermant du bouillon stérile, et l'autre dans un second tube contenant une culture microbienne, a montré qu'il suffisait d'une large surface d'évaporation pour que le courant capillaire s'effectue vers l'extérieur. En effet, si l'on met, dans le second tube, le coton en contact avec une nappe de gaze, présentant une surface d'évaporation suffisante, le courant s'établit du premier tube vers le second, sans que l'infection puisse se transmettre du second vers le premier. C'est précisément ce qui se passe dans le Mickulicz où la plaie, assez béante, permet à la gaze de s'étaler à la partie supérieure. De plus, comme nous l'avons dit plus haut, il suffit de changer les compresses, pour maintenir constant le pouvoir d'absorption et aussi favoriser le drainage.

Le second reproche que l'on fait au Mickulicz, est de provoquer la venue de fistules stercorales, lors de l'ablation du sac, et de causer, en règle générale, l'éventration. Il est évident qu'après la pose d'un Mickulicz, la plaie opératoire reste en partie béante, comme d'ailleurs après la pose de tout drain, mais la méthode du fil d'attente préconisée par le docteur Douay, fil que l'on serre après

enlèvement du Mickulicz, permet de rapprocher aussitôt les lèvres de la plaie et diminue les risques d'éventration. D'un autre côté, les fistules stercorales ne sont pas fréquentes (une sur quinze observations de Hertz-Monod, une dans nos observations) et, si elles se produisent, elles se réparent très vite. Du reste, les éventrations et les fistules sont-elles l'apanage du Mickulicz, et l'emploi des mèches simples et des drains met-il à l'abri de ces accidents post-opératoires. Il nous semble que éventrations et fistules se produisent aussi bien après ces modes de drainage et Aufray dit en substance : « Le Mickulicz expose bien moins aux éventrations que le simple drain de caoutchouc à la suite duquel les éventrations sont très fréquentes ».

On a dit aussi que l'ablation du sac, qui causait parfois des hémorragies, était excessivement douloureux. Nous avons vu, dans les différents services où nous sommes passés, employer un certain nombre de Mickulicz, jamais, nous n'avons vu le chirurgien avoir recours à l'anesthésie générale lors de l'ablation du sac. Nous ne voulons pas dire que la douleur soit nulle et que l'ablation d'un Mickulicz constitue un véritable plaisir pour le malade, mais nous soutenons que cette douleur est très supportable. On peut, d'ailleurs, atténuer cette douleur. Il suffit, pour cela, de suivre à la lettre les prescriptions de J.-L. Faure. C'est-à-dire, n'enlever le sac qu'aux environs du sixième jour, en ayant soin de commencer son décollement par des lavages à l'eau oxygénée. Quant aux hémorragies qui peuvent se produire, elles sont infimes et vite arrêtées par de simples injections d'eau oxygénée. Ici encore, ne pouvons-nous pas faire remarquer que la douleur n'est pas un privilège du Mickulicz et que l'ablation de simples mèches ne met pas le malade à l'abri de la douleur.

On reproche enfin au Mickulicz que les adhérences qu'il détermine sur le pourtour de la cavité abdominale sont sources de douleurs durables et d'occlusion plus ou

moins lointaines et, on lui reproche, également, de retarder la guérison. Les occlusions intestinales et les douleurs durables, pas plus que les éventrations, ne sont les compagnons fidèles du drainage à la Mickulicz, et elles sont à redouter avec n'importe quel mode de drainage. Il est un fait certain que le Mickulicz retarde notablement le moment de la convalescence, mais il est employé dans les cas graves et, alors, il ne faut peut-être pas lui reprocher trop farouchement de retarder de quelques jours une guérison qui, sans lui, ne se serait peut-être jamais produite.

OBSERVATIONS

Quinze cas d'appendicite, avec drainage à la Mickulicz, de MM. Hertz et Monod. (*Revue de la Société de chirurgie de Paris*, 1928.)

OBSERVATION I.

Appendicite aiguë. — H.... (M.), 17 ans.

Opération d'urgence(Mossé), Le 11 décembre 1925. Laparotomie médiane; péritonite généralisée, pus épais, verdâtre, abondant, anses rouges dépéritonisées avec des fausses membranes. Appendice nécrosé et perforé. Appendicectomie sans enfouissement. Mickulicz à deux mèches, pas de fermeture. Le 13 décembre, ablation des mèches, le 17, ablation du sac. Mise au Dakin. Sorti guéri le 19 janvier 1926. Sans incident. Revu en janvier 1927, sans éventration ni douleurs.

OBSERVATION II.

Appendicite aiguë. — B.... (J.).

Première crise. Entre le quatrième jour après le début. Opération d'urgence le 2 décembre 1925. Abscessus appendiculaire, pus fécaloïde, appendice perforé. Appendicectomie, enfouissement, Mickulicz à deux mèches. Le 7 décembre, ablation du sac, mise au Dakin. Sorti guéri le 27 décembre 1925. Revu. Suites parfaites.

OBSERVATION III.

Appendicite aiguë. — M.... (J.), 14 ans.

Douleurs, contractures, vomissements, température 38°6. Entre deux jours après le début de la première crise. Opération d'urgence le 16 août 1925. Appendice spacélé et perforé, péritonite généralisée. Appendicectomie avec enfouissement. Mickulicz à deux mèches imbibées de sérum anti-gangréneux. Le 8 décembre, on enlève la première mèche, le 10 décembre, la deuxième, enfin le sac est enlevé le 14. Mise au Dakin. Sort guéri le 29 décembre. Revu le 21 octobre 1926. Aucune douleur spontanée, cicatrice linéaire, ni faiblesse, ni éventration de la paroi.

OBSERVATION IV.

Appendicite aiguë. — K.... (L.), 19 ans.

Opération le 19 février 1926. Absès de pus fécaloïde, essorage, barrière d'adhérences solides. Mickulicz à deux mèches imbibées de sérum anti-gangréneux. Le 22 février, ablation des mèches, le 23, ablation du sac. Mise au Dakin. Sort guéri le 14 mars 1926.

OBSERVATION V.

N..., 17 ans. — Entre le 2 mai 1926, à la douzième heure d'une crise d'appendicite aiguë. Opération d'urgence. Péritonite généralisée par perforation appendiculaire. Appendicectomie suivie de l'enfouissement. Mickulicz à deux mèches et un drain dans le Douglas. Les mèches sont enlevées le 4 mai, le 7 on enlève le sac, et le 9 le drain. Mise au Dakin. Sorti guéri le 27 mai 1926. Revu le 21 octobre 1926. Cicatrice étoilée sans éventration, légère faiblesse de la paroi, aucune douleur.

OBSERVATION VI.

Appendicite aiguë. — L..... (Germaine).

27 jours après un accouchement. Opération d'urgence 24 heures après le début de la crise. Appendice très rouge. Liquide purulent dans la fosse iliaque droite et le petit bassin. Annexes normales. Appendicectomie suivie d'enfouissement. Mickulicz à deux mèches. On procède, le 14 juin, à l'ablation des mèches et, le 17, le sac est enlevé. Mise au Dakin. Une collection suppurée dans le Douglas oblige à une colpotomie qui est faite le 13 juillet. La malade sort guérie le 5 août. Revue l'année suivante. Pas d'éventration.

OBSERVATION VII

Appendicite aiguë. — L....., 25 ans.

Troisième crise. Entre vingt-quatre heures après le début de la crise. Opération d'urgence le 26 juin 1926. Péritonite généralisée. Pus dans tout le ventre. Appendice spacélé et perforé. Appendicectomie suivie d'enfouissement. On pose un Mickulicz à deux mèches et un drain dans le Douglas. Le 28 juin, ablation des mèches, le 1^{er} juillet, ablation du sac. Mise au Dakin. Le 3 juillet, ablation du drain. Sort guérie le 25 juillet 1926.

OBSERVATION VIII.

M... (B.), 21 ans. — Entre le 17 juillet 1926, au 3^e jour d'une crise d'*appendicite aiguë*. Opération le jour même. Péritonite généralisée par perforation de l'appendice. Appendicectomie suivie de l'enfouissement. On place un Mickulicz à deux mèches et un drain dans le Douglas. Le 19 juillet ablation des mèches, le 21, ablation du sac. Mise au Dakin. Le drain est enlevé le 25. Sort guéri le 15 août 1926.

OBSERVATION IX.

B..... (Elvire), 12 ans. — *Appendicite aiguë*, quatrième crise. Opération le 9 avril 1926. Péritonite généralisée par perforation appendiculaire. Appendice gangréné et perforé. Appendicectomy. Enfouissement. Mickulicz à deux mèches. Les mèches sont enlevées le 13 avril et le sac le 15. Mise au Dakin. Suites normales.

Sort guérie le 7 mai 1926.

OBSERVATION X.

K..... (Cécile), 28 ans. — *Appendicite banale subaiguë*. Opération par voie médiane (D^r Mossé) le 17 novembre 1926. Au dixième jour, péritonite aiguë. Réopérée d'urgence. Laparotomie médiane. Mickulicz à trois mèches. Ablation successive des mèches et du sac. Guérison. Revue le 10 février 1928. Paroi solide, pas d'éventration.

OBSERVATION XI.

V..... (Rose), 29 ans. *Appendicite aiguë*. Opération 24 septembre 1926. Appendice rétro-cœcal. Abscès appendiculaire ascendante rompu. Volumineux abcès de pus grumeleux. Appendicectomy. Enfouissement. Péritonisation du fond cœcal déperitonisé. Mickulicz à deux mèches. Ablation successive, à quatre jours d'intervalle, des mèches et du sac. Mise au Dakin. Sortie le 7 novembre. Cicatrice parfaite. Paroi solide.

OBSERVATION XII.

O..... (F.), 13 ans. *Appendicite aiguë*. Opération 27 septembre 1926. Appendice complètement vermoulu, rompu à deux centimètres de sa pointe. Une cuillerée à soupe de pus dans le fond cœcal. Appendicectomy. Enfouissement. Mickulicz à deux mèches. Sort guéri le 5 novembre 1926.

OBSERVATION XIII.

F..... (Irène), 30 ans. Entrée le quatrième jour d'une crise d'appendicite aiguë. Malade depuis quatre jours. Purgée en ville. Opération d'urgence. Appendice très adhérent au cœcum, très long et perforé. Appendicectomie sans enfouissement, le fond cœcal étant très friable. Mickulicz sous-cœcal deux mèches. Ablation de la première mèche le 17 janvier, de la seconde le 19, et du sac le 23. Mise au Dakin.

Sort guérie le 23 février.

OBSERVATION XIV.

M..... (Rachel), 45 ans. Passe dans le service pour péritonite aiguë, sans signe de localisation. Opération le 15 janvier 1927. Laparotomie médiane. Liquide bouillon très sale dans tout le péritoine. Appendice gangréneux. Grandes plaques de sphacèle. Appendicectomie. Drain dans le Douglas. Mickulicz à trois mèches dans fosse iliaque droite. Fermeture partielle de la paroi.

Ablation des mèches le 16 janvier et du sac le 23. Mise au Dakin.

Le 24 janvier, phlegmon de la fosse iliaque droite. Incision large. Pose d'un nouveau Mickulicz dans la fosse iliaque droite. Ablation des mèches le 26 janvier, du sac le 30. Petite fistule stercorale sur ligne médiane guérie en dix jours. Fermeture secondaire de la paroi.

Sort guérie de l'hôpital fin février.

OBSERVATION XV.

R....., 37 ans. *Appendicite aiguë*. Malade depuis trois jours. Première crise. Opération d'urgence le 7 février 1927. Appendice sphacélé plongeant dans le petit bassin. Fond cœcal cartonné et friable. Appendicectomie sans enfouissement. Mickulicz à trois mèches. Ablation successive des mèches et du sac. Sort guéri fin février.

OBSERVATIONS INÉDITES

OBSERVATION I.

F.... (J.). Débute le 8 juin 1927, à 6 heures du matin, par douleurs dans la fosse iliaque droite. Vomissements dans la journée. Pas de gaz depuis. S'est présenté à la visite le 9 au matin, et a été hospitalisé le 10, à midi. A 14 heures, à la contrevisite, ballonnement du ventre, particulièrement marqué dans la fosse iliaque droite, qui bombe. Hyperesthésie extrême de la paroi dans cette région. Le moindre contact est douloureux. Sensibilité du reste du ventre, mais sans contraction. Facies bon, pas de hoquets ni de nausées. Température : 37°1. Pouls : 90.

Une analyse d'urine faite avant l'opération indique 0,20 d'albumine.

A 15 h. 30, intervention. Anesthésie générale à l'éther. Incision de Mac-Burney. Le péritoine est épaissi. L'intestin grêle a une coloration rougelie de vie avec defauses membranes. Issue de liquide analogue à du contenu gastrique, 250 cc. environ. On dévide un peu le grêle. Le cœcum n'est pas vu. On agrandit alors l'incision en Roux. Vers le haut, le cœcum est perçu à demi distance des fausses côtes et de la crête iliaque. L'appendice court, adhérent et enflammé, est extériorisé. On l'enlève avec peine. A sa base, on constate une perforation linéaire que l'on suture en bourse. L'intestin est rentré après éthérisation.

Mise en place d'un Mickulicz, deux points au fil de bronze, deux crins.

14 juin. — Une selle involontaire.

16 juin. — Formation d'un abcès. On fait sauter les points de suture.

Tous les jours, lavage de la plaie à l'eau oxygénée et mise en place de mèches sèches.

3 juillet. — Le matin, distension de la région hypogastrique. Présence de glaires dans les selles depuis trois jours. Le tou-

cher rectal indique une grosse tuméfaction au niveau du Douglas.

Sous anesthésie légère à l'éther, on fait une dilatation anale. Une ponction faite au niveau de la paroi antérieure de l'ampoule rectale ramène du pus. On incise et on donne issue à du pus, bien lié, et d'odeur colibacillaire.

On continue ensuite les lavages à l'eau oxygénée car il persiste une fistule de deux centimètres de profondeur dans la plaie abdominale.

6 septembre. — Sous curocaïne, la fistule persistant, ne faisant plus de progrès vers la guérison, on intervient et on procède à son dégagement.

Guérison.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Loubat.)

S.... René, 11 ans 1/2. Entré le 15 mars 1927. Sorti le 1^{er} mai.

Envoyé par le Docteur Bousquet pour appendicite aiguë.

Première crise en juillet 1926, caractérisée par une douleur abdominale aiguë survenant subitement au milieu de la nuit, non accompagnée de vomissements mais avec anorexie. On institue un traitement par gouttes calmantes et les symptômes disparaissent en vingt-quatre heures.

Deuxième crise. — Dans la nuit du 13 au 14 mars 1927, vers minuit, le malade est réveillé par une douleur brutale abdominale. Le 14, au matin, vomissements, non renouvelés depuis. Pas de selles depuis le 13.

Examen. — Douleur dans la fosse iliaque droite, et plus marquée au point de Mac Burney. Contracture. Langue saburrale. Etat général médiocre. Pouls à 100. Température : 38°6.

Intervention. — Trente-neuf heures après le début. Incision de Roux. Appendice rétro-cœcal en partie gangréné. Abscès péri-appendiculaire contenant une ou deux cuillerées à café de pus. Appendicectomie.

Drainage à la Mickulicz à deux mèches.

Suites opératoires normales. 1^{er} mai. Exéat.

OBSERVATION III.

(Service de M. le Professeur agrégé Loubat.)

M... Jacques, 8 ans. — Le 23 janvier 1927, vers 14 heures, après un léger repas, le malade est pris subitement de douleur au creux épigastrique, non apaisée par l'application d'un cataplasme. Vomissements, d'abord alimentaires, puis glaireux, jusqu'au lendemain à midi. Selle très abondante le soir même du jour du début de la crise.

Depuis, aucune selle.

Pas de température. Urines normales.

Un médecin, consulté le lendemain, pense à une appendicite et conseille une vessie de glace sur l'abdomen et la diète hydrique. Depuis le début, pas d'amélioration.

Le 30, douleur crispante de 23 h. 30 à minuit.

Le 31, douleurs très aiguës à droite de l'ombilic. Pas de vomissements après ceux du début. Température : 39°2. Pouls : 120. Respiration à 28. Urines : ni albumine, ni glucose, ni pigments biliaires.

Le 31 janvier 1927. Intervention. Abscès appendiculaire. Incision de l'abcès : pus.

Drainage à la Mickulicz.

Sérum anti-gangréneux dans la plaie.

Injection de strychnine du 2 au 7 février.

Injection de sérum glucosé intra-veineux, 500 cc., les 2, 3 et 5 février.

Injection sous-cutanée de 500 cc. de sérum physiologique les 31 janvier, 1^{er} et 2 février.

Injection d'huile camphrée, 10 cc. et 5 cc., jusqu'au 5 février.

Odeur épouvantable pendant douze jours, empestant toute la salle. Pus s'écoulant en abondance.

Fowler et glace jusqu'au 9 février.

Le 11 février, on supprime le Mickulicz. Température et pouls normaux.

Le 8 avril 1927. Exéat. Il existe encore une petite fistule. Le malade viendra aux pansements externes et se fera enlever l'appendice deux mois après la cicatrisation.

Le 13 mai, la plaie est guérie.

28 juin. — Appendicectomie. Cicatrice de première intention adhérente au péritoine. Appendice court, gros, enroulé sur lui-même, entouré d'adhérences. Oblitéré au niveau d'orifice cœcal.

Suites opératoires normales.

17 juillet. Guérison. Exéat.

OBSERVATION IV.

(Service de M. le Professeur Chavannaz.)

Un garçon de 14 ans, sans antécédents personnels ou héréditaires notables, est pris, le 5 janvier 1926, de malaises. Il vaque toute l'après-midi, néanmoins, à ses affaires et le soir mange comme à l'ordinaire. Le lendemain, 6 janvier, il souffre de coliques assez violentes et garde la chambre; dans l'après-midi, les douleurs s'accroissent et le Docteur Lamarque, appelé à 16 heures, ordonne le repos au lit, la diète et l'application de glace sur l'abdomen.

Le lendemain, les douleurs sont encore plus violentes; le malade vomit et a un arrêt complet des matières et des gaz. Une consultation a lieu à 17 heures, à ce moment, la température est 39°, le pouls à 130, le ventre est de bois avec une douleur spontanée et provoquée très vive dans la région appendiculaire et, surtout, dans la région sous-ombilicale. Le toucher rectal ne donne pas de renseignements supplémentaires.

Le diagnostic porté est celui d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée secondaire. Devant l'aggravation progressive des accidents, l'intervention est décidée.

Le 8 janvier 1926, à 20 heures, sous anesthésie générale à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne, laparotomie médiane. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule une assez grande quantité de liquide louche. L'appendice est en position descendante et interne. Il est sphacélé, il y a du pus tout autour. Appendicectomie, pas d'enfouissement, attouchement à l'éther. Drainage à la Mickulicz.

A partir de minuit, sérum-glucosé intra-rectal, goutte à goutte. Application de glace sur l'abdomen.

Suites opératoires favorables. Les mèches sont enlevées au bout de 48 heures, le sac le dixième jour. Il est à noter que le malade a présenté, au sixième jour, une parotidite droite, puis une parotidite gauche, qui ont rétrocedé par simple application de pansements humides.

Le malade sort le vingt-cinquième jour, presque complètement cicatrisé. Le trente-cinquième jour, la cicatrisation est complète.

Le malade a été revu à plusieurs reprises; la dernière fois au mois de mai 1927. L'état général est excellent, les fonctions digestives parfaites, la cicatrice est en très bon état, il n'existe pas d'éventration, ni même de faiblesse de la paroi.

OBSERVATION V.

(Service de M. le Professeur Chavannaz.)

H.... (P.), 20 ans. — *Première crise en 1923.* — Le malade souffre beaucoup du ventre pendant six jours. Température au-dessus de 38°. Il doit s'aliter au bout de quinze jours et, à cette époque, les douleurs qui avaient diminué cessent tout à fait.

Deuxième crise. — Vendredi matin 17 juin 1927, douleurs subites au point appendiculaire et telles, que le malade boîte. Elles sont exacerbées par la position debout. Glace, diète pendant six jours et le malade entre à l'hôpital dans le service du Professeur Chavannaz.

Opération. — Anesthésie à l'éther (Ombredanne). Incision de Roux. Le ventre ouvert, on aperçoit, agglutinant entre elles les anses intestinales, une collection de pus que l'on évacue. Ce pus épais est évacué et, dans le fond, l'appendice apparaît sous un bloc formé par de nombreuses adhérences. Enfouissement sous-séreux. On met un Mickulicz à deux mèches.

Suites. — Lavages quotidiens à l'alcool. Désinfection à la teinture d'iode. Pas de douleurs quand on fait le pansement. Pendant huit jours, on peut faire écouler un pus jaune, franc. La première mèche est enlevée sans douleurs le huitième jour. Puis, le lendemain, la deuxième et le sac très aisément. On constate encore un peu de suppuration à l'orifice.

On continue les lavages à l'alcool iodé et, le douzième jour après l'enlèvement du sac, il ne s'écoule presque plus de pus. La plaie est dessinée superficiellement. Le fond est bien rouge avec tendance à la guérison, obtenue au bout de quelques jours, sans menace d'éventration.

OBSERVATION VI. (Hôpital de Vannes.)

C.... (J.), 22 ans, boulanger.

Pas d'antécédents héréditaires.

A contracté le paludisme pendant son service militaire au Maroc, en 1926-1927.

Ne signale aucune crise d'appendicite antérieure.

Début. — Le lundi 2 avril, après déjeuner à Rennes, le malade est pris de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs ne l'empêchent pas de marcher; il se promène toute l'après-midi et rentre le soir à Guer, distant de 25 kilomètres, en auto. Vomissements dans la nuit du lundi au mardi.

Un docteur appelé pense à l'appendicite et ordonne le repos au lit avec glace sur le ventre.

Le malade, qui n'est pas chez lui, décide alors de regagner son domicile paternel et effectue un trajet de 70 kilomètres en auto le mercredi.

Un docteur, appelé le jeudi matin, porte le diagnostic d'appendicite et conseille l'entrée à l'hôpital pour intervention.

Examen. — Douleur exquise dans la fosse iliaque droite, particulièrement au point de Mac Burney. Ventre de bois. Bien que le malade soit en pleine crise de paludisme, devant les symptômes alarmants de péritonite, on décide d'intervenir.

Opération. — Opéré quatre jours après le début de la crise. Incision de Roux. L'appendice est perforé, les anses intestinales sont rouges et il y a du pus dans la fosse iliaque. Appendicectomie avec enfouissement. Mickulicz à trois mèches.

Ablation successive des mèches et du sae. Guérison. Paroi solide.

OBSERVATION VII (Hôpital de Vannes.)

Le T..., Rose, 16 ans. — Sans antécédents personnels ou héréditaires notables.

Le mardi 28 février 1928, a été prise brusquement de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements qui l'ont obligée à garder le lit quatre jours. Le vendredi 9 mars, les douleurs qui avaient toujours persisté, mais faibles, deviennent plus fortes et obligent à nouveau la malade à se coucher. Le samedi 10 on appelle un docteur qui fait le diagnostic d'appendicite aiguë et conseille l'intervention.

Opération d'urgence sous anesthésie générale à l'éther. Incision de Roux. On trouve assez facilement l'appendice qui est perforé. Pus dans la fosse iliaque droite. Appendicectomie suivie d'enfouissement. Mickulicz à deux mèches.

On enlève successivement les mèches et le sac.

La malade sort guérie fin avril. Paroi solide.

OBSERVATION VIII.

(Hôpital militaire de Casablanca.)

P.... (R.), 37° R. A. — Entre d'urgence à l'hôpital dans la nuit du 26 au 27 avril 1929. Malade depuis le matin, a ressenti à son réveil une douleur violente dans la fosse iliaque droite accompagnée de vomissements.

A l'examen le ventre ne paraît pas ballonné, mais il semble y avoir une immobilité respiratoire du flanc droit. La palpation permet de sentir une contracture assez marquée de la paroi de la fosse iliaque droite, pas excessive cependant car, en procédant délicatement, on arrive à la déprimer. La douleur n'est révélée que par un appui brusque au point de Mac-Burney. Pouls : 96. Température : 38°8. Le malade est mis au repos jusqu'à la visite du lendemain matin.

Le lendemain, les symptômes sont devenus alarmants : le facies est altéré, le pouls est à 130, la température à 39°. Le ventre est moins souple et le toucher rectal détermine une

douleur assez vive au niveau du cul-de-sac de Douglas. On décide alors d'intervenir.

Intervention. — Rachi-anesthésie, puis éther (Ombredanne). Incision de Roux. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule un pus fétide. L'appendice rétro-cœcal est très difficile à découvrir et, quand on y est parvenu, son extériorisation est rendue très pénible par suite de nombreuses bandes inflammatoires sur le cœcum. L'appendice est perforé et gangréné. Ablation de l'appendice au thermo-cautère. Pas d'enfouissement. Mickulicz à trois mèches imbibées de sérum anti-gangréneux.

Ablation des mèches le troisième jour, après les avoir fortement humectées d'eau oxygénée. Suppuration assez abondante qui oblige, par précaution, à replacer deux mèches imbibées de sérum anti-gangréneux. On les enlève au bout de trois jours ainsi que le sac. La plaie est légèrement désunie. On panse tous les deux jours jusqu'à la cicatrisation.

Sorti courant juillet de l'hôpital, parfaitement cicatrisé.

Revu le 30 janvier 1930. Aucune menace d'éventration, le malade, après quinze jours de repos, a repris son service à son corps, et il n'a jamais ressenti la moindre gêne.

OBSERVATION IX.

(Hôpital militaire de Casablanca.)

D.... (R.), 1^{er} Régiment de zouaves. — Entre à l'hôpital dans le courant de mai 1929. Le malade se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite. N'a pas eu de vomissements. Aurait eu déjà deux crises analogues avant son incorporation. Est malade depuis déjà quatre jours. A l'entrée, le ventre est souple, respirant normalement, et seule, la palpation profonde réveille une douleur assez vive au point de Mac-Burney. Le toucher rectal est négatif.

Devant la bénignité des symptômes on décide de laisser refroidir la lésion avant d'intervenir.

Brusquement, dans la nuit du 5 au 6 juin 1929, il est pris d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements. Au matin, le facies est altéré, le pouls est rapide (130), la température très élevée (39°6). Le

ventre est légèrement ballonné et la fosse iliaque contracturée. Le toucher rectal provoque une violente douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Intervention. — Anesthésie au Schlech (Ombredanne). Incision de Mac-Burney. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide bouillon sale. L'appendice, très adhérent, est difficilement découvert. On l'extériorise par voie rétrograde. Ablation au thermo-cautère. La ligature du méso se fait de proche en proche. Mickulicz à trois mèches imbibées de sérum anti-gangréneux. Drain dans le Douglas.

Ablation du drain le deuxième jour. On profite de ce pansement pour nettoyer, à l'eau oxygénée, les mèches qui seront enlevées le quatrième jour. Ablation du sac le sixième jour. La plaie est désunie et on panse tous les deux jours jusqu'à cicatrisation obtenue aux environs du trentième jour.

Le malade est guéri, mais il reste à l'hôpital où on l'emploie comme infirmier.

Il sort le 11 novembre, avec une paroi solide, et reprend du service à son corps.

OBSERVATION X.

(Hôpital militaire de Casablanca.)

B.... entre d'urgence, le 6 janvier 1930, pour appendicite aiguë. Malade depuis vingt-quatre heures. Rachi-anesthésie. Incision de Roux. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule une petite quantité de pus fétide provenant d'un abcès de la fosse iliaque. On ne peut découvrir l'appendice perdu au milieu d'adhérences péritonéales. On draine par Mickulicz à deux mèches imbibées de sérum anti-gangréneux. Ablation des mèches le troisième jour, du sac le sixième jour. Plaie opératoire en bonne voie de guérison.

On se propose de pratiquer plus tard l'appendicectomie.

OBSERVATION XI.

(Hôpital militaire de Casablanca.)

B...., 1^{er} Régiment de zouaves. — Entre le 14 janvier 1930

pour appendicite. A été pris brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite en se rendant à son travail. Est dirigé immédiatement sur l'hôpital. Intervention d'urgence. Rachi-anesthésie. Incision de Roux. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule un verre à Bordeaux de pus liquide, sans odeur. Découverte de l'appendice qui est tuméfié et perforé à sa pointe. Ligature du méso et de l'appendice. Ablation de l'appendice au thermo-cautère. Lavage à l'éther de la fosse iliaque droite. Mise en place d'un Mickulicz à deux mèches imbibées de sérum anti-gangréneux. Ablation successive des mèches et du sac. Guérison rapide sans menace d'éventration.

OBSERVATION XII.

(Hôpital militaire de Casablanca.)

H..., 23^e Train Hippo. — Entre à l'hôpital pour crise appendiculaire. Malade depuis quatre jours, a négligé de se faire porter malade. A la palpation, on sent une masse bien délimitée dans la fosse iliaque, qui est douloureuse. Rachi-anesthésie. Incision de Roux. Après ouverture du péritoine, apparaît une poche sous tension formée par des adhérences allant du cœcum à la paroi externe de la fosse iliaque. L'ouverture de l'abcès, qu'on pratique après avoir pris soin d'isoler la fosse iliaque par des compresses abdominales, donne issue à un demi verre de pus fétide. Exploration de la cavité de l'abcès. On ne peut découvrir l'appendice. Mise en place d'un Mickulicz à trois mèches imbibées de sérum anti-gangréneux. Ablation successive des mèches et du sac. Plaie en bonne voie de guérison.

On se propose de pratiquer l'appendicectomie dès que l'examen bactériologique de la plaie sera négatif.

OBSERVATION XIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

Madame M..., 41 ans. — Rentre à la clinique pour péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Cette dame est en-

ceinte de quatre mois. Intervention le 18 février. Incision médiane sous anesthésie au Schleich. Opérateur, docteur Bahans; aides, docteurs Villar et Leduc, médecin de la malade. Dès l'ouverture du péritoine, du pus s'écoule baignant l'utérus. On essuie ce pus à la compresse et on découvre un gros foyer purulent sous-hépatique. Attouchement à l'éther. Drainage avec drain numéro 10 et Mickulicz. Fermeture du ventre en trois plans.

Ablation successive des mèches et du sac. Guérison sans incidents.

OBSERVATION XIV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

C..., rentre à la clinique pour appendicite tiède.

Intervention le 13 août. Anesthésie au chloroforme. Opérateur, docteur Bahans; aides, docteurs Queille et Casteigt.

Incision de Mac-Burney. Dès le ventre ouvert on protège le péritoine, en dedans, en haut et en bas, à l'aide de compresses abdominales. On décolle les adhérences qui plaquent le cœcum dans la fosse iliaque avec la terminaison du grêle. On ne trouve pas de collection purulente. L'appendice, petit, court, est découvert au milieu d'adhérences qui le font tenir à la terminaison du grêle et qui rendent son extériorisation difficile. On l'enlève sans enfouissement. Mise en place dans la fosse iliaque d'un Mickulicz à deux mèches à l'éther et drainage de la cavité pelvienne à l'aide d'un drain numéro 6. Fermeture de la paroi en trois plans, sauf à la partie moyenne.

Ablation successive du drain, des mèches et du sac.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

L..., 22 ans. — Rentre à la clinique pour appendicite aiguë. A déjà eu plusieurs crises dont la dernière date du 16 juillet 1928. Intervention d'urgence le 31 juillet 1928. Anesthésie à l'éther. Incision de Jalaguier. Dès l'ouverture du péritoine

on tombe sur des adhérences assez nombreuses, l'intestin grêle, très friable, est un peu déchiré. On fait immédiatement une suture d'enfouissement au fil de lin. On recherche l'appendice en dedans, mais on ne le trouve pas. On va alors dans la fosse iliaque où on découvre un appendice, très malade, perforé, gangréné, et qui se déchire dès que l'on y touche, ne laissant subsister qu'un moignon. Celui-ci est lié à sa base, sectionné au thermo-cautère et enfoui au fil de lin. On termine par la mise en place d'un Mickulicz à deux mèches dans la fosse iliaque et d'un drain numéro 6 dans la cavité pelvienne. Guérison sans incidents.

OBSERVATION XVI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

A.... (L.), 6 ans 1/2. — L'enfant est amenée par ses parents à la consultation de M. le Professeur Guyot pour troisième crise douloureuse dans la fosse iliaque droite.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents collatéraux. — Fille unique.

Antécédents personnels. — Née à terme, Nourrie au biberon. Rougeole à 3 ans. Constipation habituelle.

Histoire de la maladie. — Le 23 décembre 1929 l'enfant présente une crise douloureuse du côté droit, avec constipation. Ne s'alite pas et ne reste étendue que quelques heures sur une chaise-longue. Un docteur appelé, ordonne de la glace sur le ventre et un purgatif léger. Tout rentre dans l'ordre.

Fin janvier 1930, deuxième crise. Douleur violente dans la fosse iliaque droite avec vomissements et constipation. Cette crise dure quelques heures et n'oblige pas la malade à s'aliter.

Le 28 février, troisième crise. Dans l'après-midi, la malade est prise brusquement d'une violente douleur, plus forte que les autres crises, dans la fosse iliaque droite, avec vomissements et constipation. Cependant, la malade ne s'alite pas et se contente de faire de la chaise-longue. Cette crise se prolongeant, les parents amènent la fillette à la consultation de M. le Professeur Guyot qui porte le diagnostic de crise appendiculaire

aiguë, et conseille, devant la gravité des symptômes, l'intervention, qui a lieu le 4 mars.

Opération. — Incision de Mac-Burney. Dès l'ouverture du ventre, on trouve l'épiploon recouvrant le cœcum. On attire celui-ci hors du ventre et, avec lui, un appendice adhérent. On met une compresse protectrice dans le ventre. A ce moment, en décollant les adhérences, on fait sourdre du pus, qui est épongé et dont l'écoulement se fait hors du ventre bien protégé. On met une ligature sur le méso. On écrase l'appendice à sa base et on le sectionne au thermo-cautère. Enfouissement. Attouchement à l'éther. Mise en place d'un drain numéro 4 et d'un petit Mickulicz. On ferme le péritoine par un point à la partie supérieure et la peau par quatre points séparés.

Ablation successive des mèches et du sac.

Guérison.

OBSERVATION XVII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

A.... (B.), 23 ans. — La malade entre à l'hôpital, le 14 novembre 1927, en pleine crise d'appendicite aiguë.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie d'enfance ni de passé pathologique.

Réglée à 16 ans. Règles normales en durée et abondance, quoique un peu douloureuses.

A eu, il y a quatre mois environ, quelques douleurs au côté droit accompagnées de constipation. La malade ne garde pas le lit. Rien au point de vue génital, sauf quelques légères pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Histoire de la maladie. — Il y a trois jours environ, la malade dit avoir souffert un peu de son côté droit; elle croyait à une crise de constipation, mais, le lendemain, les douleurs se localisèrent nettement dans la fosse iliaque droite et, pendant la nuit, les douleurs deviennent très violentes, avec quelques vomissements. La malade est alitée. On envoie chercher

un docteur qui constate une crise d'appendicite aiguë et ordonne de la glace sur le ventre, en attendant de la faire transporter en hâte à l'hôpital, car une intervention est nécessaire.

La malade est amenée à l'hôpital André-Boursier vers 3 heures de l'après-midi, où, devant la gravité des symptômes (facies pâle, yeux ternes, pouls rapide, plastron péritonéal), on décide d'intervenir d'urgence.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. Incision de Roux. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule un peu de sérosité louche. L'appendice, facilement découvert, est extériorisé après ligature du méso, et sectionné au thermo-cautère. Pas d'enfouissement. Mise en place d'un drain numéro 4 et d'un petit Mickulicz à deux mèches. Ablation successive du drain, des mèches et du sac.

Guérison. La malade sort de l'hôpital le 27 décembre 1927.

OBSERVATION XVIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

Madame M..., 49 ans. Entre à l'hôpital le 7 juillet 1926 pour crise appendiculaire.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 57 ans de congestion pulmonaire. Mère morte à 84 ans de maladie.

Antécédents collatéraux. — Deux frères et deux sœurs bien portants, sauf un des frères qui est réformé de guerre.

Antécédents personnels. — Née avant terme (7 mois), nourrie au sein. Elle est restée depuis sa naissance malade et chétive. Rougeole, coqueluche, furonculose, fièvres intermittentes se succèdent chez elle jusqu'à l'âge de 7 ans.

Réglée à 15 ans. Règles normales. A partir de 20 ans, la malade a des règles un peu douloureuses mais toujours régulières. Ces règles s'accompagnaient d'un peu d'herpès sur la figure et d'un peu de fièvre.

Mariée à 25 ans. Le mariage ne modifie pas l'état de ses règles.

Quatre ans après, en 1906, premier accouchement à terme. Accouchement pénible se terminant par une application de forceps. Enfant bien portant. La malade reste dix-huit jours

au lit. Pas de suites de couches anormales malgré une déchirure du périnée qui n'a pas été recousue. Pleurésie sèche en 1914.

Histoire de la maladie. — Depuis environ vingt ans, la malade se plaint de son côté droit. Elle consulte et on attribue ses douleurs à un rein mobile.

Il y a environ quatre mois, elle perd l'appétit, souffre de l'estomac et a de mauvaises digestions.

Le 6 juillet, la malade, souffrant toujours du côté droit, prit une purgation dans l'espoir d'en retirer un soulagement. Quelques heures après elle souffre violemment dans la fosse iliaque droite. Elle fait alors venir son médecin, qui appelle en consultation M. le Professeur Guyot. Ce dernier fait le diagnostic d'appendicite aiguë et conseille son entrée à l'hôpital, où on l'opère le soir même.

Opération. — Incision de Roux. Dès l'ouverture du péritoine, on évacue une collection de pus fétide. Il y a déjà quelques fausses membranes et une ébauche d'adhérence à l'épiploon que l'on respecte. On trouve assez facilement l'appendice qui présente à sa base une perforation lenticulaire. Aspect sphacélique. Appendicectomie. Nettoyage à l'éther. Mise en place d'un Mickulicz à deux mèches.

Extirpation successive des mèches et du sac. La malade sort guérie le 22 septembre 1926.

OBSERVATION XIX.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

K.... (Marie), 30 ans. — Entre à l'hôpital d'urgence le 1^{er} janvier 1928, envoyée par son médecin, avec diagnostic d'appendicite aiguë.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Mère bien portante. Père mort à 60 ans de bronchite chronique.

Antécédents personnels. — La malade dit n'avoir jamais été malade. Bien réglée, règles normales, mais s'accompagnant chaque fois de fortes douleurs, siégeant surtout dans la partie droite du bas ventre.

Veuve. Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

Histoire de la maladie. — Le samedi 31 décembre, après dîner, vers 21 heures, la malade a été prise de violentes douleurs, sous forme de coliques, siégeant surtout dans la fosse iliaque droite. Pas de vomissements, mais nausées. La température n'a pas été prise. Pendant la nuit, les douleurs ont continué par intermittence. Le lendemain, la malade s'est levée, mais elle n'a pas pu travailler à cause des douleurs. Elle se recouche et un médecin appelé porte le diagnostic d'appendicite aiguë et conseille la rentrée d'urgence à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Malade d'aspect fatigué. Température, 37°8; Pouls, 100. La malade continue de souffrir. Contraction de l'abdomen surtout marquée à droite. Défense de la région de la fosse iliaque s'étendant vers la région lombaire. Douleur très vive au point de Mac-Burney. Le toucher rectal permet de sentir une masse dure et douloureuse, loin, en haut et à droite. La malade ne peut uriner à ce moment, mais elle a uriné deux heures avant.

Poumons. — Diminution du murmure vésiculaire dans toute l'étendue du poumon droit. Cœur et réflexes normaux.

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë, probablement retro-cœcale, et on décide d'intervenir d'urgence.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Incision de Jalaguier. Dès l'ouverture du ventre, le cœcum apparaît, mais on ne voit pas l'appendice. On attire le cœcum en dehors et on découvre l'appendice, accolé à la face postérieure du cœcum, au sein d'un tissu cellulaire très enflammé. L'appendice présente, près de sa base, une dilatation en voie de sphacèle. Le méso est sectionné, après ligature. On enlève l'appendice au thermo-cautère. Enfouissement au fil de lin. Mise en place d'un petit Mickulicz à deux mèches et d'un drain numéro 6.

Le 5 janvier, on enlève le drain et on arrose les mèches à l'eau oxygénée.

Le 6 janvier, la malade fait une angine diphtérique.

Le 7, on enlève les mèches et, le lendemain, le sac. Mais, la suppuration continuant, on replace un drain le 9 janvier qu'on enlève le 14. A ce moment, la plaie est en bon état et l'état général de la malade est bon.

La malade sort le 29 janvier avec un bon état général et local.

OBSERVATION XX.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

Madame C.... (M.), 23 ans.

La malade entre à l'hôpital le 22 septembre 1927 parce qu'elle souffre de sa fosse iliaque droite depuis une quinzaine de jours.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père et mère bien portants. Un frère et une sœur également bien portants.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, assez régulièrement, sauf depuis deux ou trois mois. Les règles étaient très douloureuses au début et toujours très peu abondantes.

Fausse couche en mars 1926, de trois mois. Un curetage est fait à Saint-André.

Son état a été long à s'améliorer. Les règles sont revenues assez bien, mais toujours peu abondantes. Dans l'intervalle elle a commencé à présenter des pertes blanches.

Histoire de la maladie. — Le début remonte donc à mars 1926, date de sa fausse couche. Pendant près d'un an, son affection est restée relativement silencieuse. Pertes blanches, légères douleurs, légères irrégularités dans la menstruation.

Au mois de juin, elle a eu un retard de huit jours. Le mois suivant, nouveau retard.

Au mois d'août, retard plus considérable, quinze jours environ et, à ce moment, au cours d'une injection, elle s'aperçoit qu'elle perd du sang. C'est depuis cette époque que les douleurs ont augmenté avec irradiation dans la cuisse droite.

Le 22 septembre, elle entre à l'hôpital pour avortement (provoqué?). On la met au repos, avec glace sur le ventre et injections chaudes. On décide d'attendre. Pas de signes certains d'avortement. Petite annexite droite. Température légère.

Le 26 septembre, elle est prise brusquement de violentes douleurs abdominales avec ballonnement du ventre, vomissements, arrêt des gaz. Pas de température. Bon poulx.

Le 28 septembre, les douleurs sont aussi violentes, mais localisées dans la fosse iliaque droite avec douleur exquise au point de Mac-Burney. On décide d'intervenir.

Opération. — Incision de Roux. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide bouillon sale. On découvre facilement l'appendice qui est gros, rouge vif et adhérent par sa pointe. En le décollant, on ouvre un petit abcès dont le contenu est aspiré par l'aspirateur. Appendicectomie sans enfouissement. Mise en place d'un petit Mickulicz à deux mèches et d'un drain numéro 6. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires graves durant deux jours. Amélioration rapide. Rend des gaz le troisième jour. Ne vomit plus.

Le sixième jour, ablation du drain.

Le dixième jour, ablation des mèches et du sac.

Le 7 novembre, la plaie abdominale est cicatrisée.

Au toucher, gros utérus. La grossesse semble devoir évoluer normalement.

Le 20 novembre, la malade se plaint de souffrir du ventre, genre de coliques. Ces douleurs persistent le 21 et deviennent expulsives. Le 22 novembre, la malade fait une fausse couche de quatre mois, sans incident. Œuf complet.

Sort le 25 décembre. Cicatrice abdominale en parfait état.

CONCLUSIONS

Nous concluerons en disant, avec le Professeur J.-L. Faure : « Il n'y a pas deux chirurgies péritonéales; il faut empêcher l'infection en chirurgie appendiculaire comme en chirurgie utéro-ovarienne ». Là, comme ici, l'emploi du Mickulicz est donc une chance de succès, parce que :

1° La gaze contenue dans le sac draine, par capillarité, les liquides infectés;

2° Corps étranger en contact avec le péritoine, le Mickulicz favorise la création d'adhérences limitant l'infection;

3° Seul, le Mickulicz permet de lutter avec un plein succès contre les hémorragies en nappe, souvent causes d'une infection secondaire;

4° Il exclue, du foyer infecté, les anses intestinales;

5° Il n'est pas plus que les autres modes de drainage, la cause d'éventration ou de fistule;

6° Enfin, s'il retarde le moment de la convalescence, il ne faut pas oublier que, sans lui, elle ne se serait peut-être jamais produite.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 19 Mars 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Le drainage de l'abdomen par la Méthode du « Mickulicz ». (Thèse de Paris, 1926.)
- ARNAUD. — Du traitement des péritonites diffuses aiguës. (Thèse de Lyon, 1911.)
- AUVRAY. — « A propos du Mickulicz ». (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, 3 juillet 1926.)
- BECKEL. — Société de Chirurgie, 1887.
- BALDWIN. — Méthode de drainage en chirurgie abdominale et pelvienne.
- BERRUYER. — Du drainage du péritoine après laparotomie. (Thèse Paris, 1901-1902.)
- BRENANS. — Etude clinique du drainage à la Mickulicz et inconvenients ; moyens de remédier à ces derniers. (Thèse de Lyon, 1893-94.)
- BERGE. — Étude critique du drainage à la Mickulicz. (Thèse Bordeaux, 1926-27).
- CHAPUT. — Cloisonnement transversal du bassin. (*Bulletin de la Société Anatomique*. Paris, 1894, page 746).
- CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration et du drainage. (Paris, MASSON, 1851).
- CONDAIRIN. — a) *Lyon Médical*, 1895.
b) *Province Médicale*, décembre 1913.
- CHALIER. — a) *Avenir Médical*, janvier 1927.
b) Congrès de Chirurgie, 5 octobre 1928.

- DUBREY. — a) Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine. (*Annales de Gynécologie*, 1894.)
b) Congrès de Chirurgie, 1896.
c) Des suppurations péritonéales, 1892.
- DUBREY. — Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine.
- DEKES-ROBERT. — Le péritoine et l'infection.
- EL-KANA. — Contribution à l'étude critique du drainage à la Mickulicz. (Thèse de Paris, 1927.)
- J.-L. FAURE. — a) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 2 juillet 1919, pages 1049 à 1060.)
b) Le drainage de l'appendicite à chaud. (*Presse Médicale*, 7 octobre 1920, page 229.)
c) Congrès de Chirurgie, 1927 et 1928.)
- HARTMANN. — Discussion. — a) *Société de Chirurgie de Paris*, 1926.
b) Congrès de Chirurgie, 1927.)
- LEJARS. — a) Traitements des plaies infectées. (Rapport au Congrès de Chirurgie générale, 1906.)
b) La Question du drainage abdominal. (*Semaine Médicale*, mars 1911.)
c) La valeur pratique du drainage abdominal. (1^{er} janvier 1912.)
- LEJARS et FAURE. — Recherches sur le mécanisme de la déhiscence péritonéale à l'égard des corps étrangers. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 20 novembre 1911 et 6 décembre 1911.)
- MICULICZ. — Pourquoi nous rendons la technique du drainage à la Mickulicz, de J.-L. Faure. (*Presse Médicale*, n° 77, 26 septembre 1920.)
- MILLOT. — Contribution à l'étude de l'éventration consécutive au drainage à la Mickulicz. Moyens d'y remédier. (Thèse Lyon, 1901-1902.)
- MICULICZ-EL-KANA (Yusuf). — Ueber die Anwendung des untere Berlaparotomie mit beson. Rücks auf die drainage der Peritonäalkavität. (Arch. f. Klin. Chir., 1894.)

- WILLIAMS. — La technique du tamponnement à la Merckel. (*Presse Médicale*, n° 23, 21 mars 1925.)
- YVES. — Contribution à l'étude du drainage dans les laparotomies. (Thèse Paris, 1902.)
- YVES. — Les drainage capillaires et du tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodolisée. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1905, 2e trimestre.)
- YVES et JOURNÉ. — Périnéum dans les laparotomies. (*Revue de Chirurgie*, 1904). *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris et de la Société de Médecine de Bordeaux*.

